



검토 및 가입 지속

특정인의 해약에 대한 결정사항을 검토하고 변경하기 위해서 *Healthy Families*에 요청하기

안내사항

Healthy Families에서 내린 귀하의 가족에 대한 가입취소결정에 동의하지 않으시는 경우에는, 이 양식을 사용하시기 바랍니다.
(가입취소란 보험혜택을 중단하게 되는 것을 의미합니다.)
귀하께서는 *Healthy Families*에 대하여 결정의 변경을 요구할 수 있으며, 검토를 하는 동안 본인의 혜택을 유지하도록 요청할 수 있습니다. 양식을 작성하신 후, 저희가 다음 날짜까지 받을 수 있도록 우송하시기 바랍니다:

- 본 양식과 양식과 새로운 소득 또는 또는 기타 새로운 서류를 제출하는 경우 이 상자에 표시하십시오.
- 본 양식과 함께 의료비 청구서의 지급 요청서를 동봉한 경우 이 상자에 표시하십시오.
(의료비 청구서를 동봉하십시오).

A. 귀하에 관한 정보.

FAMILY MEMBER NUMBER:

주간:

야간:

메시지:

질문이 있으십니까?

양식에 관하여 문의사항이 있으시면, *Healthy Families*: 1-866-848-9166 번으로 월요일부터 금요일까지는 오전 8시부터 오후 8시까지, 또는 토요일 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하시기 바랍니다. 전화이용은 무료입니다.

◀ 귀하의 성명, 주소 및 전화번호가 정확합니까?

틀린 것이 있으면, 줄을 그어 지우시기 바랍니다.
바로 그 옆에 바른 정보를 적어 넣으시기 바랍니다.

B. 보험혜택이 끝나게 될 사람(들)에 관한 정보

C. 검토 사유

1. 저희가 검토하기를 원하시는 결정사항은 어떤 것입니까?

저희가 검토하기를 원하시는 결정사항에 관하여 말씀해주시기 바랍니다. 또는, 결정사항에 관하여 언급된 Healthy Families에서 받은 편지 사본을 포함시킵니다.

2. 저희의 결정이 잘못되었다고 생각하시는 이유는 무엇입니까?

아래에 귀하의 사유를 적으세요. 아니면, 아래 박스에 체크표시를 하세요. 귀하가 원하시는 만큼 체크표시를 하세요.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 소득이 잘못 계산되었음 | <input type="checkbox"/> 지불하였음 |
| <input type="checkbox"/> 가입자가 무료 Medi-Cal 에 들지 않음 | <input type="checkbox"/> 결정사항이 Healthy Families 의 정책 또는 (아래에 설명할 것)에 위배된다고 생각함 (다음에서 설명함) |
| <input type="checkbox"/> 요청한 서류를 보냈음 (서류우송이나 팩스하신 때를 아래에 알려주세요) | <input type="checkbox"/> 기타 (다음에서 설명함) |
-

3. 저희가 무엇을 해드리기를 원하십니까?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 가족들을 Healthy Families 에 가입시켜 두는 것 | <input type="checkbox"/> 기타 (다음에서 설명함) |
|--|--|
-

4. 저희가 다른 어떤 것을 더 알기 하십니까?

저희가 결정을 검토하는 데 도움이 될 것이라고 생각하시는 기타 정보는 없습니까? 정보를 작성하거나 또는 저희가 이해하는 데 도움이 될 기타 서류를 보내 주세요.

D. 이 양식에 서명하고 다음 날짜까지 저희에게 보내세요:

검토기간 중에도 보험혜택은 계속 유지되기를 요청합니다. 본인은 검토과정 동안에도 월정 보험료는 지불해야 한다는 사실을 알고 있습니다. 제가 지불을 이행하지 않는 경우, 가족가입자들의 보험혜택을 상실할 수 있다는 것을 인식하고 있습니다.

서명: _____ 일자: _____

양식 및 기타 서류를 아래 주소로 우송합니다:

Healthy Families
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

또는, 양식과 서류를 다음 번호로 팩스하셔도 좋습니다:

Fax: 1-866-848-4974 팩스번호의 이용은 무료입니다.

보내시는 각 서류마다 귀하의 Family Member Number 를 기입합니다. 귀하의 Family Member Number 은 다음과 같습니다:

E. 정보 공유 승인 대상:

본인은 Healthy Families 프로그램이 본 신청의 처리 상태에 대한 정보를 등록 주체 기관의 인증된 신청 대리인에게 전화로 제공하는 것을 허용합니다. 본 승인서는 신청에 대한 적격 여부 결과를 해당 프로그램에서 우편으로 발송하는 당일에 효력을 상실할 것입니다.

이름: _____

▶ 서명: _____ 날짜: _____

CAA# : _____ EE# : _____